№ 1 МАЙ 1922 г. ГОД II (XXV)

Общественный Врач

ЖУРНАЛ ОБЩЕСТВА РУССКИХ ВРАЧЕЙ
В ПАМЯТЬ Н. И. ПИРОГОВА

РЕДАКТОРЫ:

I. Биология и эпидемиология . П. Н. Диатроптов и Л. А. Тарасевич.
II. Санитарная статистика . . . П. И. Куркин и Ф. Д. Маркузон.
III. Гигиена и санитария . . . . В. А. Левицкий, М. Ф. Соснин, Д. Д. Бекарюков.
IV. Врачебно-санитарное дело . И. В. Попов, А. А. Чертов, Я. И. Некрасов и И. А. Добрейцер.
V. Врачебный быт и профессиональная жизнь . . . . . Д. Н. Жбанков.
VI. Обзор литературы и библиография . . . . . В. А. Попов.

Секретариат редакции: Ю. И. Дьяков.
Заведующие общими делами редакции: Л. А. Тарасевич и П. И. Куркин.

ХХ4-335

ИЗДАНИЕ Л. Д. ФРЕНКЕЛЯ
МОСКВА—1922

убийства, повреждения костей (165—203). XV «Неопределенные болезни» (204—206).

Уже одного взгляда на этот список достаточно, чтобы убедиться, насколько близко подходят друг к другу современные русская и Международная номенклатура болезней в их общих построениях.

Литература.

1. *М. С. Уваров.* Примерная программа санитарно-статистического исследования. «Вестн. Общ. Гиг. и судебн. мед.». 1891 г. № 1.

2. Отзывы по вопросу о согласовании санитарно-статистических исследований, представленные в Правление Пироговского Общества. Приложение к журналу Общества 1896 г.

3. *П. И. Куркин.* Сводка отзывов о согласовании санитарно-статистических исследований. Журн. Правл. Пирог. Общ. 1898 г. № 3—4. 1899 г. № 1.

4. Доклад и работы Комиссии по вопросу об объединении методов санитарно-статистических исследований. VII Пирог. Съезд в г. Казани. 1899 г.

5. Программа для медицинской регистрации и обработки материалов по болезненности. Изд. Общ. русск. вр. в пам. Пирогова. 1900 г.

6. *П. И. Куркин.* О новой официальной номенклатуре болезней. Журнал Пирог. Общ. 1902 г. № 2.

7. Статистическая Комиссия при Правлении Пирог. Общ. Журн. засед. «Обществ. Врач». 1913 г. № 4 прил., стр. 69.

8. *В. И. Биншток и С. А. Новосельский.* Проект номенклатуры причин смерти. «Общ. Врач». 1913 г. № 3.

9. P. I. Kurkin. Die Zemstwo-Sanitäts-stasistik des Moskauer Gouvernements. Mit einem Bildniss von E. A. Ossipow. «Arch. f. Soz. Hyg. u Demogr.». 1916.

10. E. A. Ossipow, I. W. Popoff et P. I. Kourkine. La Médécine du Zemstwo en Russie. 1899. Moscou.

П. Куркин.

Эпидемии последних лет в России.

1. Статистика и действительность.

С самого начала войны мне пришлось вплотную заняться эпидемиологией и профилактикой практически и теоретически. Материал накопился большой и не раз рождалась мысль свести его в одно целое и запечатлеть в большой (в виду обилия, разнообразия и сложности материала) работе, но чрезмерная занятость, не оставляющая ни времени, ни сил, не позволяла осуществить это намерение, не взирая на весь интерес к нему и, что касается меня, оно вероятно и осталось бы совершенно невыполненным, если бы не случайный толчек извне: в последних числах сентября приехавшие в Москву в целях ознакомления с развитием у нас эпидемий представители медицинской организации Лиги Наций, Norman White и L. Raichman, после продолжительных бесед на тему об эпидемиях и борьбе с ними, обратились ко мне с просьбой написать для Комитета Гигиены этой Лиги доклад об эпидемиях в России за последние годы.

Несмотря на все трудности, с которыми было связано составление такого доклада, трудности как личного (перегрузка работой, усталость, невозможность писать иначе как урывками и т. п.), так и общего характера (в смысле подбора сколько-нибудь точного материала за наиболее интересные последние годы), в смысле тех подводных камней, которые ставятся подобного рода работе всеми условиями переживаемого времени, я счел долгом немедленно без колебений и даже с благодарностью принять сделанное предложение. Наше эпидемическое положение настолько тяжело, что справиться с ним только нашими усилиями, без помощи извне, мне представлялось всегда невозможным, а необходимой предпосылкой такого содействия и сотрудничества являлась, конечно, точная, правильная и внушающая доверие взаимная информация. Содействовать ей не только долг, но и большая честь, и отказаться от нее мне не представлялось возможным, каковы-бы ни были трудности выполнения и связанные с ними неприятности. Доклад этот закончен (I) и первая часть его напечатана. С ним я считаю долгом познакомить и русских коллег, чтобы вызвать обмен мнений и этим содействовать более полному и правильному освещению всех сторон вопроса. Так как значительные размеры доклада и трудности печатания не позволяют сделать этого достаточно быстро, а время не терпит, то приходится, не ожидая опубликования на русском языке всего доклада полностью, остановиться на некоторых

отдельных частях, особенно на тех, которые, представляя наибольшой интерес, отличаютея в то же время, до известной степени, спорным характером. К числу таких относится прежде всего вопрос о действительном числе заболеваний и смертей от главнейших эпидемических форм, прежде всего от сыпного тифа; другими словами, о том коэффициенте попраки, которого требует оффициальная статистика. Этот вопрос я лично себе часто ставил; это был также основной вопрос, поставленный мне Norman White'ом и L. Raichman'ом. Определенная точка зрения у меня была, но при первых же попытках дать ей точное и вполне обоснованное выражение я встретился с рядом затруднений, как принциеиального и методологического, так и конкретного характера, не говоря уже о всякого рода побочных, привходящих соображениях. Принципиальные возражения сводились к тому, что необходимо вообще ограничиваться только приведением статистических данных, самое большее с указанием на их неполноту; что коэффициенты поправки будут носить суб'ективный характер, что применение их «не научно» и т. д. Ошибочность этих возражений, по моему мнению, не подлежит сомнению. Едва ли нужно долго доказывать, что не научно как раз приводить совершенно неполный и неточный цифровой материал, не отражающий действительных размеров изучаемых явлений и, наоборот, научно—сделать все возможное, чтобы внести в него все те поправки, которые к этой действительности его приближают. Есть в этом смысле и прецеденты; например, в Польше по отношению к эпидемиям сыпного тифа 1919 и 1920 г.г. коэффициенты поправки приняты были в 5 р. для 1919 года и в 3—для 1920 г. (2). Конечно, принятие того или иного коэффициента частично может носить суб'ективный характер и зависеть от большей или меньшей степени оптимизма или пессимизма данного исследователя и автора, но если применены и изложены все данные и соображения, основываясь на которых принимается тот или иной коэффициент, и сделаны все необходимые оговорки, то всякий интересующийся в состоянии будет критически оценить, как эти соображения и данные, так и вытекающие из них выводы. Конкретные затруднения сводятся к недостатку материалов, к большему разнообразию их, к различию мест и периодов и т. д.

Чтобы выйти из всех этих затруднений, я, помимо собирания, по возможности, всех имеющихся печатных и рукописных материалов, обратился еще с небольшой анкетой к коллегам, эпидемиологам, статистикам, гигиенистам, рассеянным по России от Иркутска до Одессы, причем просил сообщить свои соображения относительно необходимого коэффициента поправки. От всех, за несколькими исключениями, мною получены ответы, и так как ответы эти даны с правом опубликования, как ответов, так и имен, то их можно рассматривать не как простые мнения, а как выражение научных убеждений, имеющее несомненно известную ценность, особенно когда отсутствует исчерпывающий и точный фактический материал, и не только сейчас отсутствует, но и навсегда потерян, раз он своевременно не был собран. Уклониться же от ответа

на такой важности вопрос, по моему убеждению, было бы ошибкой трудно оправдываемой: долг научного работника исчерпать все усилия для установления фактической стороны того или иного вопроса и дать свои результаты с тем освещением, к которому он добросовестно пришел, не страшась ошибок, если он принял все доступные ему меры для их устранения. Руководствуясь необходимостью дать ответ и только что приведенными вкратце соображениями, я и пришел к выводам, которые изложил в докладе и которые хотел бы отдать на суд коллег, выработавших несомненно в этом направлении свои определенные точки зрения на основании опыта последних лет. Я остановлюсь главным образом на сыпном тифе, и отчасти на возвратном и на холере, как в виду преимущественной практической важности этих эпидемий, так и ввиду того, что по отношению к ним задача может быть выполнена точнее и полнее, чем к другим инфекциям, где это часто совсем невозможно и где приходится ограничиваться квалификациями: «очень много», «много», «мало» и т. д.

Мы знаем, что регистрация заболеваемости всегда была несовершенна, да это и не могло быть иначе в силу огромности пространств, недостатка врачей и дефектов самого метода статистики заболеваемости без проверк ее статистикой смертности. Недостаточность статистики определяется различно различными авторами и, как правильно отметил Новосельский (3), не было и нет возможности установить какой-либо единый коэффициент в виду разнообразной ценности статистических данных, смотря по состоянию соответственных санитарных организаций. В виде примера укажем на мнение Шверина, который, для Смоленской губернии, считал, что оффициальная статистика дает не больше одной пятой действительной заболеваемости, тогда как Куркин, для отдельных районов Московской губернии, находил, что данные регистрации адэкватны действительности.

Я не могу заниматься здесь данными довоенного периода и даже на данных 1915, 1916 и 1917 г.г., остановлюсь лишь в двух словах, чтобы отметить, что то санитарное благополучие, которое показывает статистика за эти годы, должно быть признано б. или м. фиктивным, так как повторные мобилизации вызвали большие нарушения в работе медицинских организаций, в том числе конечно, и в регистрации. И я сосредоточу внимание на данных только последних 4-х лет, а именно 1918—1921 г.г.

Что говорит нам статистика сыпного тифа за этот период? Ее цифры таковы:

	Р. С. Ф. С. Р.	Укр. С. С. Р.	Сибирь.
1918 г.	141.638		
1919 »	2.240.858		
1920 »	2.677.560	787.626	334.582
1921 »	703.414		
Всего	6.885.618		

Это, не считая заболеваемости Красной Армии и в некоторых местностях, как Туркестан и др. Если прибавить и их, то оффициальная цифра составит около $7^1/_2$ миллионов круглым счетом, тем более, что с течением

времени ранее установленные данные постепенно растут; пример: Сысин и Гречищев (4) на 4 С'езде бактериологов, на основании имевшихся у них тогда данных, определяли цифру заболеваний для Сибири за период I.X 1918 — I.X 1920 г.г. в 334.582, а в письме от 1 марта 1922 года Гречищев приводит «на основании данных собранных Омским Статистическим отделом «(доклад Калашникова) цифру за 1920 год в 412.247. Полная недостаточность цифры в $7^1/_2$ миллионов очевидна для всех и сомнения не оставляет. Какова же должна быть поправка? Обратимся прежде всего к мнениям отдельных авторов и специалистов. Сысин (5) принимает ее в $2^1/_2$ раза в среднем для всей России, по аналогии с Польшей, и считает число болевших в 15 миллионов. Заболотный и Щастный [1]) для Одесской губернии признают необходимым коэффициент в 5 и даже 10; Падлевский для Екатеринослава в 2, а для губернии больше; Златогоров для Петрограда в 2, для провинции в 3, а для Северного Кавказа более 4; Залкинд, декан Астраханск. фак., для Астрахани около 3, а для губернии больше; Богомолец, для Саратова не менее 2; Чарноцкий для Тамбовской губернии больше 2; Дурново для Костромск. губ. 2 и т. д. Ряд лиц (Савченко, Коршун и др.) указывает, что статистические данные совершенно не достаточны, но затрудняются указать, в какой мере, так как не занимались изысканиями по этому вопросу. Таким образом, мы видим, что в наиболее благоприятных условиях, как напр., в Костромской губ., где не было гражданской войны и прочная санитарная организация не была окончательно разрушена, ошибка все таки считается наиболее компетентными в оценке этого вопроса местнымдеятелями и не менее 100%, а в некоторых местах—в 500% и даже 1000%. Если, оставляя в стороне крайние данные, мы возьмем среднюю величину коэффициента в 3—4, то получим действительную цифру заболеваемости: 7.500.000×3 или 4=22.500.000 или 30.000.000, т. е. 25.000.000 в среднем.

Один этот путь не достаточно еще убедителен, особенно в столь важном вопросе, и необходимо искать и других способов подхода к решению его. Если, напр., взять разные коэффициенты для разных периодов и мест, смотря по степени распространения эпидемий и по положению медицинских организаций, причем для упрощения вычислений целесообразно и позволительно закруглить цифры ниже десятков и даже сотен тысяч, то получим нижеследующий расчет:

Год.	Зарегистрированное число заболеваний.	Коэффициент.	По вычислению.
1918	140.000	5	700.000
1919	2.200.000	3	6.600.000
1920	2.600.000	$2^1/_2$	6.500.000
1921	600.000	2	1.200.000
Сибирь.	400.000	5	2.000.000
Украина.	800.000	4	3.200.000
			20.200.000
Прибавляя к этому 25% на те местности и на те периоды, где и когда регистрация вовсе не велась . . .			5.000.000
			25.200.000

[1]) Эти данные взяты из нашей анкеты.

Эта последняя прибавка оправдывается тем, что на больших и сильно пораженных территориях, как части Украины, Кавказ, Заволжье, Сибирь, в течение длинных периодов, во время гражданской войны, регистрация не велась, что она временами отсутствовала и в других местах. Примерные соображения позволяют считать, что эти совсем незарегистрированные периоды и местности должны составить около $^1/_5$ общей суммы. Если даже несколько уменьшим эту цифру, то все-таки общий итог окажется ни в каком случае не ниже установленного по ранее указанному расчету; и это тем более, что принятые нами для 1919 и 1920 года коэффициенты должны считатся скорее приуменьшенными.

Возьмем наконец, еще один путь, по моему, наиболее убедительный и точный. Возьмем местности с наиболее точной статистикой, Петроград и Москву. Их население 1.700.000. Число заболеваний зарегистрированное в них за 4 года 200.000; минимальная поправка (Е. Иванов) должна быть принята в 25%, средняя в 50% (Прокофьев) (6) наибольшая до 100%, т.-е. другими словами, действительная цифра заболеваний не может быть ниже 250—300 тысяч или от 15% до 18% всего населения.

Если мы примем тот же процент заболеваний для теперешней Р. С. Ф. С. Р. с 131 милл. населения, согласно переписи 28 авг. 1920 года, то получим общее число заболеваний 19,5—23,5 милл., т.-е. опять таки итог очень близкий к ранее вычисленным. Принять за среднюю заболеваемость Петрограда и Москвы и даже несколько повысить ее процентов до 20— это дало бы общую цифру заболеваемости 26 милл.—представляется правильным по следующим соображениям; меньшая, несомненно, заболеваемость наблюдалась лишь в северных губерниях, которые в виду их малонаселенности не могут играть какой нибудь заметной роли при установленной общей средней, и в некоторых западных, которые за последнее время начинают пополнять свои пробелы заболеваемости; во многих местностях заболеваемость была приблизительно равна, а во многих она превышала значительно Петроградскую и Московскую, как это явствует из нижеследующих примеров.

Военный городок в Саратове (Тезяков) (7), где в течение 2-х месяцев (декабрь 1918 и январь 1919) из 8.000 населения переболело 3.000, т.-е. 40% .

Ново-Николаевск в Сибири, где (Гречищев) (4) с ноября 1919 по апрель 1920 года умерло от спыного и возвратного тифа от 25 до 40 тыс. человек, при населении города всего в 68.000 и при неопределенном, но значительном числе войск и пленных.

Вообще сибирские города, где зарегистрированная заболеваемость составила в одном 1920 году 11,86% в среднем, а в некоторых, как, напр., в Красноярске даже 33% (Гречищев, Калашников).

Мценский уезд Орловской губ., где в 1920 году (который, кстати, дал в этой губернии меньшую на 10% заболеваемость чем 1919 год) заболеваемость составила 19,1%.

Если мы, оставивши крайние примеры, обратимся к обычным,

то увидим, что, напр., в Тамбовской губ., с населением в 3.264.813, зарегистрировано за 4 года (причем данные за последний 1921 год еще не полны), 403.690 случаев, что дает заболеваемость в 12%; в Орловской, с 1.514.851 населен. и 321.437 случаями, > 20%; в Харьковской губ. по данным Игумнова, переболело за неполных 4 года, с 1918 по I/X 1921, причем данные за 1921 год неполны, 248.909, т.-е. 12% (население равно 2.100.000).

Таким образом, зарегистрированная за 4 года заболеваемость превышает во многих случаях 10%, а следовательно действительная не может быть ни в каком случае меньше 20%, так как мы не встретили ни одного наблюдателя специалиста, который определил бы для провинции ошибку регистрации менее, чем 100%, принимая во внимание, что в городах регистрировались почти исключительно больничные случаи, а лечившиеся на дому нет, а в деревнях, за отсутствием врачей в большинстве случаев и за огромной перегруженностью их там, где они были, очень часто не велось почти никакой регистрации. В этом я и сам имел возможность убедиться,—и это единогласно утверждали сотни коллег приезжавших за эти годы в Москву на с'езды и по делам и обращавшихся по тем или иным вопросам в Научный институт или Ученый Медицинский Совет, которых я неизменно спрашивал, особенно за последние месяцы, их мнения и имеющиеся у них данные по рассматриваемому вопросу. Таким образом, сопоставляя все вышесказанное, я пришел к выводу, что у нас за последние 4 года переболело сыпным тифом около 25.000.000 человек, допуская при этом возможность ошибки в ту или другую сторону в несколько миллионов, т.-е. в пределах от 20 (минимум), до 30 (максимум) миллионов. Если бы мне возразили и указали на слишком широкие пределы, то я ответил бы, что бóльшая точность сейчас, впредь до подробной коллективной разработки вопроса, едва ли возможна, и прибавил бы к этому, что принимая цифру в 25 миллионов мы рискуем ошибкой в 20% максимум, между тем как останавливаясь на цифре в $7^1/_2$ миллионов, данной регистрацией, мы ошибемся процентов на 200, т.-е. в 10 раз больше. Практическая важность возможно правильного учета заболеваемости ясна со всех точек зрения, включая и основания для прогноза, который интересен и важен для всех: в естественной иммунизации большей части населения единственный пока залог падения и возможного прекращения пандемии сыпного тифа. По этому я и позволил себе поделиться частью накопленного мною материала и соображений, желая при этом вызвать обмен мнений по этому вопросу и таким образом прийти к окончательным для всех приемлемым выводам. На основании аналогичных соображений по отношению к возвратному тифу, я считал бы правильным принять, вместо зарегистрированных 3 с небольшим милл., от 7 до 10, т.-е. в среднем 8—9 милл.; рассуждения и расчеты носят тот же характер, как и по отношению к сыпному тифу, и я не стану на них останавливаться. Укажу только, что и здесь есть примеры колоссальной заболеваемости; так напр. в Красноярске, в одном 1920 г. переболело возвратным тифом

44% населения (Гречищев, Калашников). Иначе обстоит дело с холерой, здесь ошибка очень не велика, и данные регистрации могут быть приняты почти без поправки, с чем соглашается большинство коллег, к которым я обращался. Если некоторые и допускают, что ускользает от регистрации от 10% до 25%, то они же указывают и на естественную поправку, обусловливаемую тем, что местами в большом проценте регистрируются, как холерные, случаи специфических острых гастроэнтеритов и т. п., таким образом, для холеры можно принять, что данные регистрации соответствует действительности. Переходя к остальным эпидемиям и инфекциям, мы неизбежно очутимся в много худшем положении, в смысле подхода к действительности. Их регистрация, за исключением, пожалуй оспы, поставлена хуже и менее полно чем вышерассмотренных форм, а их очень неравномерное распространение не дает возможности для какого-либо общего подхода. Если тут и можно чего-либо достигнуть, то лишь путем применения приемов, аналогичных вышенамеченным, но для каждой местности отдельно. Эту работу сделать было бы крайне желательно и по отношению к брюшному тифу приобревшему за последние два года очень большое распространение; и по отношению к малярии, расширившей область своего территориального распространения до крайних северных губерний и дающей, по единодушному отзыву врачей, огромную заболеваемость, а в ряде случаев и очень тяжелое течение; и для туберкулеза, который не может не расти и не становиться тяжелее при современных условиях питания; и по отношению к сифилису, на умножение которого указывают как специалисты, так и все вообще врачи и т. д. Не менее важно, с другой точки зрения, установить действительную заболеваемость по отношению к детским инфекциям. С ними дело обстоит сравнительно благополучно,—с этим согласны все,—но желательно установить, в какой именно мере. И это потому, в особенности, что механизм этого благополучия остается далеко не ясным. Если небывалое в течении последних веков в истории Европы, усиление инфекционных заболеваний легко находит себе об'яснение в современных условиях жизни, то status quo и особенно ослабление ряда инфекций, и среди них прежде всего детских, является загадкой, настоятельно требующей разрешения. Нет ли каких-либо естественных антагонизмов между различными видами инфекций? Нет-ли законности, ограничивающей общую инфекционную заболеваемость известными пределами, в силу чего черезмерное развитие одних неизбежно подавляет другие? Нет-ли каких-либо неподозреваемых пока условий? Предположений можно построить целый ряд, но какое из них правильно? Чтобы ответить на этот вопрос, надо прежде более или менее точно установить самые факты. Наряду с вышеуказанными вопросами, возникают и другие; отметим, для примера, один, также еще не разрешимый сколько-нибудь точно. Почему при однородной эпидемиологии возвратный тиф так явно предпочитает армию и почему сыпной до последнего времени не уступает ему своего места, не взирая на втрое большее число переболевших им и на более, чем втрое, большую

прочность иммунитета при нем? Ответов на эти как и на другие им подобные вопросы можно и должно искать, не взирая на крайне трудные уловия работы, на отсутствие литературы, на полную иногда невозможность экспериментирования, искать путем тщательных эпидемиологических и клинических наблюдений. Метод наблюдения сохраняет свои права и достоинства, не смотря на все успехи эксперимента; наблюдение и опыт не исключают, а дополняют друг друга, и там, где применение одного из этих методов почему либо невозможно, тем более настойчиво и полно нужно испытывать другой и полученные результаты необходимо сейчас же фиксировать в литературе, так как такого патологического материала который дает современность, давно не видали наши предки и, как это надо ждать и надеяться,—быть может, никогда не увидят потомки.—Помимо только что намеченных вопросов у нас на ряду с только что разобранной в общих чертах темой об отношении статистики и действительности в современной русской эпидемиологии, стоит и другая не менее важная по практическому значению и по возможности различных точек зрения, это тема о детерминизме хода наших эпидемий, о возможном и о наблюдаемом в действительности влиянии на них различных профилактических мероприятий; затронуть ее, однако, лишь мимоходом нельзя; ей нужно посвятить отдельную статью, что я и надеюсь сделать в ближайшем будущем.

Литература.

1. L. Tarassévitch. Les épidemies en Rossie depuis 1914.—1-re partie. Typhus exanthématique. Fievre recurrente. Variole.—Издание гигиенической Секции Лиги Наций. Женева. Март 1922 г.

2. L. Rajchman. Rapport sur la mission de la Commission des épidémies an Russie. Протоколы 2-ой сессии гигиенического комитета Лиги Наций. Париж 20—22 окт. 1922 г.

3. *С. А. Новосельский.* Материалы по географии и статистике сыпного тифа. Научная медицина. Петроград 1919, № 1 и 2.

4. *Гречищев.* Сыпной и возвратный тиф в Сибири. Доклад 4-му с'езда русских бактериологов.

5. *А. Н. Сысин.* Эпидемия сыпного и возвратного тифов в России в 1918—1920 г. Работы 4-го с'езда русских бактериалогов и эпидемиологов 25—31 VIII 1920. Москва.

6. *А. П. Прокофьев.* Эпидемия сыпного тифа в Москве в 1918—1920 годах. Московск. Медецинский журнал. Май 1921 года.

7. *Н. И. Тезяков.* Эпидемия сыпного тифа в Саратовской губернии. Известия Саратовского Отдела Здравоохранения 1921 № 1.

8. *Израэльсон.* Эпидемия в Орловской губернии в 1920 году. Известия Орловского Отдела Здравоохранения 1921 г.

Л. А. Тарасевич.

Санитарная инспекция труда.

Идея промышленно-санитарного надзора не является новой для наших санитарных организаций. В некоторых промышленных районах надзор за санитарным состоянием промышленных заведений составлял главную часть работы санитарных врачей. Кое-где удалось санитарным организациям добиться права предварительного заключения по вновь строющимся и открываемым предприятиям. Местами изданы были обязательные постановления по устройству и содержанию промышленных заведений. Но лишь в самое последнее время сделана была попытка выделения особого кадра санитарных врачей, работающих исключительно в области охраны труда. Присвоено им было название санитарных инспекторов труда. Институт этот, в отличие от других видов саниатрного надзора находится целиком в ведении отделов охраны труда. Он тесно спаян, по своей конструкции, с рабочими организациями. Во всем своем построении и в своих заданиях он имеет ряд особенностей, с которыми я и позволю себе в кратком очерке ознакомить товарищей.

Несколько слов о структуре инспекции труда, частью которой является санитарная инспекция.

Декретом Совета Народных Комиссаров, опубликованным 18 мая 1918 года, упразднены были фабричная и горная инспекция, также главное, губернские и областные по фабричным и горным делам присутствия. Функции всех этих учреждений переданы были Комиссариату Труда (§§ 12—17 декрета).

Тем же декретом учреждена была инспекция труда, которая «имеет целью охрану жизни, здоровья и труда всех лиц, занятых какой бы то ни было хозяйственной деятельностью» (§ 1). Инспектор труда являются выборными представителями рабочих организаций (§§ 3 и4). При исполнении возложенных на них обязанностей и-ра труда имеют право свободного доступа во всякое время во все без изъятия места работы, отдыха и жилья трудящихся и их семей (§ 10). Они имеют право за непринятие необходимых мер по охране безопасности жизни и здоровья трудящихся привлекать виновных к суду, а также налагать денежные взыскания (§ 9).

10 июля 1918 года Народным Комиссариатом Труда утвержден «Наказ инспекции труда». В этом наказе подробно (он содержит XIV глав) трактуется о правах, обязанностях и порядке работы ин-ров труда. В от-

воспитывать в процессе организации школьных гигиенических исследований и их исполнения.

Но сверх этого преподаватель гигиены располагает такими условиями школьной самостоятельной работы, которые дают ему возможность побудить школьников к выявлению высших гражданских чувств и обязанностей, радости и восторженности от общественной деятельности—тех черт, из которых составлен общественно-моральный лик русской интеллегенции, получившей свое воспитание хождением в народ, бескорыстной работой в рабочих и крестьянских кружках, воскресных курсах и т. д.

Педагогический эквивалент этой воспитательной деятельности социальной среды следует отыскать в школе, и преподаватель гигиены должен его искать. Работая в направлении достижения подобной педагогической цели, преподаватель гигиены тем самым положит свой камень в морально-правовые основы зарождающейся личности.

(Продолжение следует).

П. М. Ивановский.

Из жизни врачей Московской губернии.

Жизнь Московской врачебной организации, как одной из многочисленных и сумевшей сохранить, даже в самый острый революционный период, большинство своих коллегиальных совещательных органов, представляет интерес с различных точек зрения. Начать хотя бы с того, что организация за это время претерпела значительные персональные изменения и не только за счет естественного, так сказать, движения, как смерть одних и поступления на их место других, но и за счет бесконечных мобилизаций, как военных, так и в порядке трудовой повинности, и также вследствие произведенного в 1919 г. слияния бывшей земской организации со страховой медициной и осенью 1920 г. с городской московской. Проследить этот процесс слияния двух организаций, выяснить его последствия и показать, каким образом это отразилось на основной, бывшей земской, было бы интересно. Немало вопросов может возникнуть из области чисто организационной, и освещение тех достижений, которые здесь наблюдались, также могло бы представить общий интерес. Наконец, Московские врачи были одними из первых, вошедших организованно в профессиональный союз Всемедикосантруд, и этот вопрос, равно как и период работы в союзе, до сих пор в печати мало освещались.

Но для полного и всестороннего освещения жизни Московских врачей потребовалось бы слишком много времени и места. Ведь за это время действительно: «так мало прожито, но много пережито». Поэтому приходится ограничиться минимальным и постараться осветить хотя бы то, что составляет, так сказать, злобу дня общественного врача в Московской губернии.

Какие вопросы больше всего волнуют московских общественных врачей в настоящее время? Одним из животрепещущих вопросов безусловно является вопрос о сокращении организации, вследствие признанного теперь уже всеми несоответствия между об'емом всей организации и наличностью материальных возможностей. Вопрос этот уже более полугода не сходит с порядка дня всевозможнейших совещаний и заседаний и служит неизменной темой разговоров губернских врачей. И, несмотря на то, что Московская губернская врачебная организация никогда не увлекалась широким строительством без достаточно прочной базы, все же, в силу многих причин, а главным образом, вследствие колоссальных эпидемий в последние годы, дело здравоохранения было значительно расширено, особенно в части развертывания коек. Дальнейшее сохранение организации в таком же виде явно было невозможно и сокращения были неизбежны. К сожалению, в этом вопросе все время отсутствовала определенность положения и не было твердой позиции у Народного Комиссариата Здравоохранения. Вначале, как известно,